

介護保険 居宅介護・介護予防 住宅改修費支給 (変更) 申請書

フリガナ			保険者番号						
被保険者氏名			被保険者番号						
生年月日	年	月	日	性別		男・女			
住所	〒 -								
	電話番号 () -								
住宅の所有者				被保険者との続柄					
改修の内容・箇所及び規模 (該当する工事に○をつけてください)	① 手すりの取付け			施工業者名					
	② 段差の解消			着工予定日		年 月 日			
	③ 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床材の変更			完成予定日		年 月 日			
	④ 引き戸等への扉の取替え ⑤ 洋式便器等への便器の取替え ⑥ その他上記改修に付帯して必要となる住宅改修			改修予定費用		円			
美濃加茂市長 藤井 浩人 宛 上記のとおり関係書類を添えて、居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給を(変更)申請します。 年 月 日 申請者 住所 (被保険者氏名) 氏名 _____ 印 電話番号() - ※自署の場合、押印は不要です。									
※申請者氏名が本人自署でない又は申請を委任されている場合			氏名 _____ 被保険者との関係(該当に○) 家族・事業者・その他 ()						
添付書類 確認欄	<input type="checkbox"/> 住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類 <input type="checkbox"/> 改修内容が確認できる書類等(工事費内訳書・施工後の図面・日付入りの改修前写真) <input type="checkbox"/> 住宅所有者の承諾書(被保険者本人が改修を行う住宅の所有者でない場合は必要です。)								

【保険者記入欄】 ※以下は記入しないでください。

保険内金額(A)	利用者負担額(B)	支給予定額(A-B)	過去申請済額(C)	申請可能残額 (20万円-A-C)
円	円	円	円	円
改修工事施工前の 要介護等認定状況	(要支援・要介護) (1・2・3・4・5)	認定 有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

【保険者決裁欄】

上記申請について、当該住宅改修を 給付対象・給付対象外 としてよろしいか。

決 裁 欄	課長	課長補佐	係長	建築技師	係員	担当者	起案	年 月 日
							決裁	年 月 日
							通知	年 月 日
							通知先	